2e SÉRIE.

N° 934.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

MATRICES DOUBLES

CONSÉQUENCES POUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le lundi 20 août 1866, à 2 heures du soir,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

ROGER BOPPE.

de Chateau-Salins (Meurthe),

ÉLÈVE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

STRASBOURG,

IMPRIMERIE DE VEUVE BERGER-LEVRAULT, IMPRIMEUR DE L'ACADEMIE.

1866.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON BON PÈRE.

Reconnaissance et affection.

A MA TANTE MLLE LAURENT.

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

ET A MON BEAU-FRÈRE DOCTEUR BOUCHER.

R. BOPPE.

MEIS ET AMICIS.

R. BOPPE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

MM.	EHRMANN O ✻, Doyen	Anatomie et anatomie pathologique.
	FÉE O ✻	Botanique et histoire naturelle médicale.
	STOLTZ O ✻	Accouchements et clinique d'accouchements.
	CAILLIOT ✻	Chimie médicale et toxicologie.
	RAMEAUX ✻	Physique médicale et hygiène.
	G. TOURDES ✻	Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
	SÉDILLOT C ✻	Clinique chirurgicale.
	RIGAUD ✻	Clinique chirurgicale.
	SCHÜTZENBERGER ✻	Clinique médicale.
	STŒBER ✻	Pathologie et thérapeut. gén., et clinique ophthalmologique.
	KÜSS	Physiologie.
	MICHEL	Médecine opératoire.
		Clinique des maladies syphilitiques.
	L. COZE	Thérapeutique spéciale, matière médicale et pharmacie
	HIRTZ ✻	Clinique médicale.
	WIEGER	Pathologie médicale.
	BACH	Pathologie chirurgicale.

M. R. COZE O ✻, doyen honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. STROHL.	MM. MOREL.	MM. DUMONT.
HELD.	HECHT.	ARONSSOHN.
KIRSCHLEGER.	BŒCKEL (E.).	SARAZIN.
DAGONET.	AUBENAS.	BEAUNIS.
HERRGOTT.	ENGEL.	MONOYER.
KŒBERLÉ ✻.	P. SCHÜTZENBERGER.	

AGRÉGÉS STAGIAIRES.

MM. FELTZ, BOUCHARD, RITTER.

M. DUROIS, secrétaire agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. MICHEL, président.
TOURDES
HERRGOTT.
BEAUNIS.

La faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE MATRICES DOUBLES

CONSÉQUENCES POUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Un fait peu commun, que nous constatâmes le 14 avril 1866 à l'amphithéâtre de dissection avec notre collègue et ami, M. le docteur Machizot, et un autre cas du même genre que nous avions observé il y a quelques années à la Clinique syphilitique, nous donnèrent l'idée de faire des recherches sur l'origine, la fréquence et les conséquences de la matrice double. C'est ce travail que nous soumettons aujourd'hui à la bienveillance de nos juges.

HISTORIQUE.

La rareté de l'anomalie que nous étudions a dû engager tous les médecins qui l'ont observée à la relater. La première mention bien explicite de l'existence d'organes génitaux doubles chez la femme est rapportée par Julius Obsequens (*De prodigiis*), Catti Antoine, 1557, Bauchin, 1599, Riolan, 1625, Morand, 1743, Bartholin, Borelli, Haller, Purcell de Dublin, Dionis, Canestrini, Saviard, Tilinge en citent quelques exemples qu'Eisenmann a réunis dans sa monogra-

phie sur la matrice double. Dans ce traité, qui a été consulté avec fruit par tous ceux qui ont étudié ce sujet, l'auteur donne l'observation d'un cas d'utérus cloisonné qui lui est propre, et que le Musée d'anatomie pathologique de Strasbourg s'enorgueillit de posséder. M. le docteur Cassan (Thèses de Paris) a repris cette question, et on peut lire dans son travail intéressant tous les faits de ce genre que la science a acquis depuis Eisenmann. Citons encore la thèse de M. le docteur Kretz (Paris, 1842) et les travaux de M. Rokitanski, et enfin l'ouvrage de M. Kusman, professeur à Heidelberg (*Von dem Mangel der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter, etc...*, Würtzbourg, 1859), où sont rassemblés tous les cas connus.

Nous diviserons ce travail en trois parties :

1° Origine et formation de la matrice double;

2° Différentes espèces de cette anomalie, leur fréquence;

3° Physiologie de la matrice double;

4° Conséquences pour la grossesse et l'accouchement.

Avant de commencer, nous devons constater que le terme de matrice double dont nous nous sommes déjà servi, et que nous emploierons encore, vu sa clarté, à l'exemple des auteurs, est impropre : car le mot *double* implique l'idée de deux organes plus ou moins complets, tandis que, dans l'anomalie qui nous occupe, on n'a jamais trouvé, en réalité, qu'un seul utérus, séparé en deux loges, soit par une cloison médiane, soit par le développement exagéré des deux cornes de l'utérus aux dépens de sa partie moyenne. Ne serait-il pas rationnel, en effet, que s'il existait réellement deux matrices, elles fussent accompagnées chacune de leurs annexes? Cependant, jamais on n'a rencontré, chez la femme possédant ce vice de conformation, 4 ovaires et 4 trompes. Du reste, l'étude du développement de l'utérus que nous allons esquisser prouvera jusqu'à l'évidence la vérité de notre manière de voir.

§ 1er. ORIGINE ET FORMATION DE LA MATRICE DOUBLE.

Pour bien comprendre le mode de développement de l'utérus double, il faut jeter un coup d'œil sur la manière dont se forme l'utérus normal.

A la fin du premier mois de la vie fœtale, on voit déjà, selon MM. Coste et Longet, deux corps ovoïdes d'apparence et de structure glandulaire occuper les deux côtés de la colonne vertébrale, depuis le sommet de la poitrine jusqu'au bassin; formés de petits tubes recourbés, aboutissant à un canal placé au côté externe, ils ont été pris pour une sorte de reins et surnommés pour cette raison, par Rathke et Jacobson, reins surnuméraires ou faux reins. On les désigne encore sous le nom de corps de Wolff ou d'Oken. Mais l'existence de ces organes est bien éphémère; appelés probablement à subvenir aux besoins du fœtus aux premiers temps de son existence, on les voit bientôt diminuer de volume, tandis qu'autour d'eux viennent se développer et se grouper les organes génito-urinaires. A leur partie supérieure apparaissent les reins surmontés des capsules surrénales; à leur côté externe, adossés à eux dans toute leur étendue, s'organisent les corps de Müller; ceux-ci se creusent bientôt d'un canal dont la partie inférieure se dirige en bas et en dedans et vient s'ouvrir dans un cloaque où aboutissent aussi l'intestin, les uretères et le pédicule de la vésicule allantoïde. L'extrémité supérieure du canal de Müller contourne le corps de Wolff et vient se réunir à deux organes de nouvelle formation situés au côté interne de ce dernier et destinés à devenir soit un ovaire, soit un testicule. Alors le canal de Müller prend le nom de spermiducte ou d'oviducte, selon que le fœtus sera mâle ou femelle. Dans ce dernier cas, on voit des franges en garnir l'extrémité supérieure, car c'est elle qui va constituer la trompe; la partie inférieure deviendra l'utérus et le vagin.

Cet état, selon Kœlliker, persisterait jusqu'à la fin du cinquième mois; à cette époque, ou plutôt au commencement du sixième mois,

les caractères des sexes s'accentuent plus fortement; nous suivrons seulement l'évolution des organes génitaux chez le fœtus femelle. Les oviductes, destinés, comme nous l'avons vu, à donner naissance aux trompes, à l'utérus et au vagin, augmentent de volume à leur partie moyenne, c'est-à-dire à l'endroit qui devra correspondre à la matrice. La partie qui doit former le vagin s'unit à sa congénère, et les deux moitiés de l'utérus s'accolent ensuite; puis, peu à peu, la cloison qui les sépare à leur partie interne est résorbée, et l'utérus et le vagin sont formés et resteront tels à l'état normal.

Maintenant que, à une époque quelconque de la vie fœtale, un arrêt de développement vienne enrayer à tout jamais la croissance de ces organes, on observera une anomalie qui stéréotypera, pour ainsi dire, la forme que présentait la matrice et le vagin à cette époque.

En effet, si une observation attentive et suivie n'eût pas suffi aux anatomistes pour reconnaître toutes les phases du développement de l'utérus que nous venons de tracer, l'étude des anomalies des organes génitaux de la femme leur aurait amplement permis de décrire l'évolution de ce système.

En analysant les cas d'anomalies rapportés par les auteurs et correspondants aux différents âges de la vie fœtale, nous ferons tout à la fois la classification et l'histoire de la matrice double à tous ses degrés, et par là nous mettrons hors de doute la théorie de la formation de la matrice normale.

1° Nous avons dit que chez le fœtus, aux premiers temps de son existence, on trouvait les oviductes complétement distincts; Rokitanski en a observé quelques cas chez des monstres où les deux matrices étaient séparées par des viscères, ordinairement le côlon ou le rectum. Mais si les faits de cette nature sont rares chez l'homme, l'anatomie nous montre cette anomalie chez les ovipares et les marsupiaux, et on se rappelle la loi de Geoffroi Saint-Hilaire qui dit que tous les degrés du développement de nos organes correspondent à un état permanent chez une classe d'animaux.

Nous aurons donc une première espèce de matrice double où nous rangerons tous les cas où les deux moitiés de l'utérus et du vagin sont distinctes dans toute leur étendue.

2° Une seconde espèce sera caractérisée par l'accolement des deux moitiés du vagin et des deux cols utérins, tandis que les deux corps de la matrice seront séparés.

Les auteurs nous rapportent un assez grand nombre d'exemples où la formation des organes génitaux s'est arrêtée à cet état (Purcell, *Transactions philosophical*, vol. 64; Dionis, *Histoire d'une matrice extraordinaire*, 1693; Bagard, 1752; etc.); enfin un cas très-intéressant que l'on peut voir au Musée d'anotomie pathologique de Strasbourg, au n° 2818.

3° A un degré plus avancé, les deux moitiés de l'utérus se rapprochent pour se souder à leur tour, on ne rencontrera donc plus de division à l'extérieur.

Nous ne citerons que deux exemples de ce fait, qui est plus rare que les précédents :

1° Le cas si bien décrit par Eisenmann;

2° Celui qui nous est commun avec M. le docteur Machizot et que nous allons rapporter avec quelques détails et dont on peut voir une coupe dans la figure représentée à la fin de ce travail.

Première Observation.

Rosine Jacobberger, âgée de 62 ans, de taille moyenne, bien conformée, de tempérament lymphatico-sanguin, avait toute sa vie joui d'une bonne santé, quand elle a ressenti, il y a trois ans environ, les premières atteintes d'une bronchite chronique. Les accès de toux se répétant de plus en plus et étant accompagnés d'une dyspnée énorme, la malade s'est vue forcée d'entrer à l'hôpital de Strasbourg dans le service de M. le professeur Coze, où nous étions chargé des fonctions d'interne. Nous constatâmes tous les signes d'une bronchite chronique

avec emphysème et dilatation du cœur droit. La malade était amaigrie et déjà dans le marasme; cet état de prostration où elle était plongée ne nous a permis aucune investigation. Du reste, pressé d'arriver le plus rapidement possible à reconnaître l'affection qui conduisait cette femme au tombeau, et aucun symptôme n'appelant notre attention du côté des organes génitaux, nous n'avons pu constater l'anomalie intéressante que présentait cette malade, qui expira le 13 avril 1866.

A l'autopsie, faite le 14 avril, après avoir reconnu les lésions qui avaient amené la mort, M. le docteur Machizot, qui se livrait à des études sur les organes génitaux de la femme, eut l'idée d'examiner l'utérus. Nous reconnûmes une anomalie de cet organe du genre de celle décrite par les auteurs sous le nom de matrice double, et ne différant de celle découverte par Eisenmann que par l'absence de la cloison à la vulve. M. le professeur Ehrmann, auquel nous montrâmes cette pièce, vérifia le fait et fit placer cet utérus au Musée d'anatomie pathologique, où il figure au n° 2814 *bis*.

A l'extérieur du corps, rien chez cette femme ne semblait indiquer le moindre vice de conformation : le ventre était plat sans vergetures, le bassin normal, le pénil était recouvert de poils rares et gris; les seins, très-petits, semblaient plus atrophiés que ceux que présentent ordinairement les femmes de cet âge. Les grandes et les petites lèvres étaient normales. La membrane de l'hymen, intacte et résistante, affecte la forme d'un croissant et oblitère le vagin de façon à ne permettre que l'introduction de la première phalange du petit doigt. En écartant les lèvres avec force, on tend l'hymen et, au milieu de son orifice, on peut apercevoir une cloison verticale séparant le vagin en deux moitiés latérales.

L'aspect extérieur du vagin et de la matrice n'offre rien de particulier, sauf une dépression légère à la partie médiane du fond de l'utérus. Une coupe du vagin au niveau de la symphyse du pubis nous montre deux conduits parallèles séparés par une cloison de 3 millimètres d'épaisseur. Celle-ci résulte de l'accolement des deux muqueuses des

parois vaginales soutenues par une lame de tissu connectif interposé. Les deux canaux représentant le vagin ont tout à fait la même structure que ce dernier à l'état normal, cependant les replis transversaux qui tapissent la surface interne sont, dans notre cas, rares et atrophiés, surtout du côté droit. En outre, le calibre de chaque conduit est peu considérable et permet tout au plus d'introduire le petit doigt. En ouvrant, au moyen d'une incision longitudinale, chaque vagin à sa partie postérieure, on voit que chacun aboutit à un col; ceux-ci présentent une atrophie considérable, la longueur de leur portion vaginale est de 3 à 4 millimètres seulement; leurs lèvres, petites et peu régulières, présentent de chaque côté une petite ouverture de forme ovalaire. A droite, le col donne passage au pédicule d'un polype muqueux venant de l'utérus et de la grosseur d'une petite noisette.

La matrice ouverte en prolongeant les incisions, nous montre sa cavité séparée en deux loges par cette même cloison qui a augmenté de volume. Au niveau de l'orifice interne du col elle a une épaisseur de 5 à 6 millimètres; plus haut elle diminue, pour s'accroître progressivement jusqu'au fond de l'utérus, avec lequel elle se confond. La cavité de la matrice est donc partagée en deux parties sensiblement égales qui se rétrécissent, à mesure qu'elles s'approchent du fond de cet organe et qui ensuite, se terminant en pointe, viennent s'aboucher avec les trompes de Fallope. Les parois utérines ont à peu près la même épaisseur qu'à l'état normal; la muqueuse est rosée et criblée de glandules muqueuses: dans chaque loge, à la partie supérieure, on remarque de petits polypes muqueux de la grosseur de petits pois; un d'eux, plus volumineux, est pédiculé et vient, comme nous l'avons vu, tomber dans le vagin droit.

Les trompes n'offrent rien de particulier; leur canal est libre dans toute sa longueur, et les ovaires sont à l'état normal. Il faut aussi noter que l'appareil vasculaire et les plexus veineux sont bien développés.

Cette dernière espèce d'anomalie peut présenter différentes variétés, selon que la cloison sera plus ou moins complète. Ordinairement ce septum disparaît de bas en haut (Sappey), la cloison vaginale se détruit la première, puis celle qui sépare l'utérus.

Ce mode de destruction n'est pas le seul, comme le prétend M. Sappey. Nous avons réuni un assez grand nombre de cas, relativement au chiffre restreint des utérus doubles, où la résorption de la cloison s'est faite de haut en bas ou bien par places:

1° *De haut en bas.* Dans ce cas nous devrons donc rencontrer la matrice ne formant qu'une cavité unique et le vagin cloisonné ou, en deux mots, deux vagins et un utérus.

Callisen en rapporte un cas.

Méchel cite deux observations du même genre.

M. le docteur Villemin, dans un travail que nous avons consulté avec fruit[1], relate un cas que lui a montré M. le professeur Strohl, puis il signale les faits du même genre observés par MM. Lisfranc[2], Guyot[3] et Godard[4].

2° *Par places.* Le septum peut se détruire en commençant par une partie de la cloison vaginale ou utérine; si alors un arrêt de développement survient, nous aurons une matrice et un vagin cloisonnés, mais communiquant en certains endroits.

La cloison manque, dans ces cas, ordinairement à la partie supérieure du vagin, près du col.

Dans l'observation de M. Lesaing que nous citerons plus loin, nous trouverons un fait de ce genre. Une pièce du Musée d'anatomie pathologique de Strasbourg, n° 2818, présente également cette particularité. Nous avons trouvé un assez grand nombre de cas où la cloison était détruite dans une partie de sa portion utérine; mais la plupart des auteurs qui les

---

1. *Gazette médicale de Strasbourg.* 1864.
2. *Clinique chirurgicale de la Pitié.* 1842. Tome 2, p. 138.
3. *Bulletin de la Société anatomique.* 1844, p. 141.
4. *Idem.* 1845, p. 434.

rapportent croient pouvoir les attribuer à une rupture survenue pendant la grossesse ou l'accouchement. Nous ne citerons qu'un exemple: MM. Spath et Rokitanski[1] donnent l'observation d'une jeune fille de 18 ans, qui mourut en couche à la suite de convulsions éclamptiques. Ces accoucheurs trouvèrent le travail commencé et reconnurent deux cols, tous deux dilatés; ils coupèrent la cloison qui les séparait et purent extraire un enfant qui se présentait en position transversale. L'utérus était séparé en deux cavités, la droite plus grande que la gauche; une ouverture les faisait communiquer, mais ces auteurs pensent qu'elle s'est formée pendant la grossesse.

On peut même saisir, dans certains cas d'arrêt de développement, toutes les phases de destruction du septum, et les suivre pour ainsi dire pas à pas.

Ce travail de résorption commence par la partie médiane, celle-ci s'amincit de plus en plus, se rompt, et il ne reste plus que deux bourrelets longitudinaux. Dupuytren cite un cas où il a vu très-nettement ces deux saillies dans toute la longueur du vagin, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure. Du reste, nous les retrouvons dans le vagin normal, très-peu élevées, il est vrai, mais visibles et décrites sous le nom de piliers du vagin.

Nous allons passer en revue quelques autres particularités que présente parfois l'utérus double.

Une anomalie curieuse à plus d'un titre est rapportée par Borelli[2]; il cite le cas d'une jeune fille ayant deux vulves l'une au-dessus de l'autre. Grauel a parlé d'un cas de cloisonnement de ce genre. Mais d'après M. Villemin (*loc. cit.*), ce serait une erreur d'impression. Ce médecin mentionne aussi un fait publié par Purcell d'après Haller, où la cloison aurait été trouvée aussi horizontale; mais il rejette aussi ce fait, se fondant sur l'explication que lui en a donnée M. le professeur Stoltz; selon cet éminent accoucheur, on aurait pu prendre une cloison verticale pour une horizontale, puisqu'en Angleterre on touche

1. *Wiener Medizin. Wochenschrift*, et *British medical journal*, février 1866.
2. Cent. II, obs. 3.

les femmes couchées sur le côté. Nous avouons franchement que nous admettons difficilement une pareille erreur de la part de HALLER, et cette explication, du reste, ne peut s'appliquer au fait de BORELLI.

Ne serait-il pas plus rationnel de penser que, par suite de la pression anormale d'un viscère voisin, les deux oviductes, devant plus tard représenter la matrice et le vagin, se sont accolés et soudés dans une position vicieuse?

Il existe encore un cas qui pourrait en imposer et faire croire à une anomalie nouvelle, c'est celui où la cloison flotte librement à la partie inférieure du vagin, comme dans le fait cité par LUMPE; mais cet auteur attribue avec raison ce manque de fixité à une déchirure provenant d'efforts pendant le coït.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire un cas d'utérus triple, cité par MÉCHEL d'après THILOW; GEOFFROY SAINT-HILAIRE, qui rapporte ce fait dans son *Traité de tératologie*, semble ne l'admettre qu'avec réserve.

On a souvent pris pour une matrice double une matrice unicorne et dont le côté atrophié a pu contenir un fœtus ou un môle.

Nous ne pouvons donc nous dispenser de parler de cet arrêt de développement dans lequel un seul des oviductes se transforme en matrice, et l'autre reste à l'état de simple canal ou même seulement de cordon ou de masse amorphe parenchymateuse.

MM. ROKITANSKI et STOLTZ ont traité cette matière de main de maître; nous ne donnerons qu'un court résumé de leurs travaux.

ROKITANSKI cite quatre variétés, selon le degré plus ou moins considérable d'atrophie du côté de l'utérus qui a subi un arrêt dans sa croissance.

1° Utérus unicorne avec absence plus ou moins complète de la deuxième corne, à laquelle correspond rarement un ovaire; il donne quatre exemples.

2° Utérus unicorne avec une trompe imperforée du côté où existe la deuxième corne; deux ovaires.

3° Utérus unicorne avec appendice parenchymateux du côté imparfait où se trouve quelquefois une trompe terminée en cul-de-sac.

Utérus unicorne, pourvu d'une deuxième corne atrophiée, mais creuse, ayant une trompe perforée.

M. le professeur Stoltz cite encore le cas où la moitié ou corne incomplète est comme isolée dans le ligament large et où elle est en rapport avec la corne complète au moyen d'un cordon qui peut être canaliculé ou plein. La corne complète, selon ce professeur, présente une configuration particulière dépendante de son isolement; elle est ordinairement allongée, recourbée vers le côté auquel elle appartient, et convexe du côté qui se dirige vers la moitié incomplète. Son fond, au lieu d'être large, est plus ou moins acuminé; c'est de cette espèce de sommet que se détachent la trompe, le ligament rond et le ligament de l'ovaire, dont les insertions sont très-rapprochées. Un col souvent volumineux termine inférieurement la corne complète : celui de la corne incomplète est représenté par le cordon qui la rattache à la première. La cavité du col n'est en rapport qu'avec la corne complète.

Nous avons réuni dans le tableau ci-joint tous les cas d'anomalie de l'utérus, les classant d'après l'époque de la vie fœtale où l'arrêt de développement s'est produit.

		La cloison peut :
Deux moitiés de l'utérus également développées.	1° Corps seuls distincts, col de l'utérus et vagin soudés. Matrice bifide des auteurs, division plus ou moins grande à l'extérieur.	1° Être complète. 2° Manquer à la vulve seulement. 3° Manquer à la vulve et au vagin. 4° Manquer à la vulve, au vagin et au col. 5° Manquer à la vulve, au vagin, au col et dans une partie du corps.
	2° Corps et col de la matrice, vagin complétement soudés. Matrice biloculaire, pas de division bien marquée à l'extérieur.	6° Manquer dans la matrice et le col, le vagin cloisonné seul. 7° Manquer par place. 8° Être seulement indiquée.

Une seule moitié bien développée. Utérus unicorne.	1° Absence plus ou moins complète de la 2e corne, de la trompe et de l'ovaire du même côté. 2° Absence plus ou moins complète de la 2e corne, avec trompe imperforée. 3° Appendice parenchymateux du côté imparfait, communiquant directement avec le côté complet, trompe imperforée. 4° Corne imparfaite avec une trompe perforée. 5° Appendice parenchymateux du côté imparfait, ne communiquant avec le côté complet que par un cordon plein. ou canaliculé.

Ces anomalies s'accompagnent souvent, comme le fait remarquer M. le docteur Cassan (*loc. cit.*), d'autres vices de conformation, dans des organes plus ou moins éloignés. Sans parler de la fille à deux têtes, citée par Julius Obsequens (*loc. cit.*), et d'autres monstres présentant des difformités des plus bizarres, nous mentionnerons le cas où un des deux vagins est imperforé. Comme dans les cas cités par Purcell, et plus récemment par Aran[1], où une malheureuse jeune fille fut victime de ce vice de conformation, elle avait un utérus et un vagin double; le vagin gauche était imperforé, le sang menstruel s'accumula dans la matrice et le vagin gauche formant une poche sans ouverture, qui malgré une ponction, s'ouvrit dans l'abdomen et détermina une péritonite mortelle.

Il peut arriver que le col d'une des deux moitiés de la matrice soit fermé : Dionis[2] en cite un exemple funeste aussi à la femme qui présentait ce vice de conformation; la moitié gauche de l'utérus n'avait d'autre ouverture, outre celle de la trompe, que trois ou quatre petits pertuis qui s'ouvraient dans la cavité du côté droit et par lesquels avait pénétré le sperme; au sixième mois de sa grossesse, l'utérus gauche se rompit et causa la mort.

1. Page 811, 1858. Observation XXIV.
2. *Cours de l'anatomie de l'homme* (4309).

§ 2. ORDRE DE FRÉQUENCE.

La forme d'utérus double la plus commune est celle que les auteurs désignent sous le nom d'utérus éperonné ou d'utérus bicorne. Dans cette variété, la matrice n'est séparée en deux cavités que près de son fond. Le Musée de Strasbourg possède trois cas d'utérus éperonné où l'on peut étudier le degré de procidence plus ou moins considérable de ce septum.

Puis vient la variété où tout le corps de la matrice est divisé en deux moitiés distinctes et formant un angle variable.

Enfin, la forme de l'utérus double la moins commune est celle où aucune division n'est visible à l'extérieur et où cependant la cloison existe dans toute l'étendue de cet organe et du vagin.

§ 3. PHYSIOLOGIE DE L'UTÉRUS DOUBLE.

Menstruation. — Cette fonction, chez les femmes qui présentent l'anomalie que nous étudions, offre quelques faits intéressants à examiner. La durée des règles ne subit ordinairement aucun changement, pas plus que l'intervalle qui les sépare.

Dans le plus grand nombre de cas le sang coule simultanément des deux vagins; d'autres fois, un seul vagin, le plus large, celui où le museau de tanche est le mieux formé, donne passage au sang menstruel, comme dans un exemple rapporté par Kusmaul; Andrieux[1] a observé, au contraire, qu'une femme portant un vagin double était réglée par le conduit le plus étroit. Il est probable que ces variations sont dues à ce qu'une moitié de la cavité utérine a subi un développement plus parfait que sa congénère.

Mais ce qui est plus difficile à expliquer, ce sont les cas semblables à celui dont nous donnons l'observation, où les règles se montrent successivement par l'un et l'autre vagin.

---

1. *Annales d'obstétrique*, oct. 1843.

Deuxième Observation.

N'ayant pu revoir le sujet qui fait l'objet de cette observation, nous empruntons au travail de M. Villemin les renseignements suivants :

« Catherine L....., âgée de 24 ans, fille publique, de petite taille, de constitution assez délicate ; réglée pour la première fois à 19 ans, a commencé sa profession à 18 ans, sans se douter de l'existence d'une anomalie dans ses organes génitaux.

« Au bout d'un an, elle entra à l'hôpital pour des pustules muqueuses. M. le professeur Küss découvrit la présence d'une cloison vaginale adossée contre la paroi gauche, et l'introduction de son doigt entre cette paroi et la cloison lui fit constater un second canal à l'extrémité duquel un spéculum étroit fit voir un deuxième col utérin.

« La menstruation a été régulière sauf en quelques circonstances, il y a eu des retards de trois et quatre mois ; il n'y a jamais eu de conception, une fois M. le professeur Strohl a constaté que l'écoulement menstruel existait d'un seul côté ; une autre fois cette fille a remarqué que les règles ont paru dans le vagin gauche six jours après le droit. Elles ont habituellement une durée de quatre à cinq jours et sont abondantes. Cette jeune fille a trois sœurs toutes vivantes ; l'une d'elles, exerçant la même profession, ne présente aucune anomalie, et les deux autres questionnées par elle, à ce sujet, n'auraient dans leur conformation rien de particulier, non plus qu'aucune personne de sa famille.

« Le bassin de cette femme est bien conformé, le ventre plat, le pénil garni de poils, les grandes, les petites lèvres, le clitoris n'ont rien d'anormal, les caroncules myrtiformes sont bien développées et symétriques.

« Vers le milieu de l'orifice vaginal on remarque une cloison charnue recouverte d'une muqueuse, en tout semblable à celle du vagin. Cette cloison, épaisse de 5 millimètres à son bord libre, est plissée ; un des replis qui la terminent est analogue à une caroncule myrtiforme et occupe la fosse naviculaire.

« Les deux index, introduits simultanément dans chacun des conduits longs de 9 centimètres environ, ne perçoivent aucune solution de continuité, mais une égale épaisseur de 3 à 4 millimètres dans toute l'étendue de la cloison. Chaque vagin aboutit à un col, le droit est arrondi, de forme et de volume normaux, le gauche semble plus petit, sa face interne étant rendue très-courte par l'insertion rapprochée de la cloison : le plan de chacun des deux cols est oblique de dehors en dedans et de bas en haut, de façon que ces deux plans forment un angle obtus dont le sommet répondrait en haut à l'insertion du septum vaginal. L'orifice du col droit est arrondi, celui du col gauche est triangulaire.

« M. Villemin a introduit, avec M. Strohl, simultanément dans chacun des deux cols deux sondes de Simpson; elles ont pénétré dans chacun des deux cols à une profondeur de quelques centimètres sans se rencontrer.

« M. le professeur Stoltz, qui a répété cet examen, a constaté que du côté droit la sonde ne franchissait pas au delà de la longueur ordinaire du col; à gauche, au contraire, elle pénétrait suivant une direction oblique de dehors en dedans, de bas en haut, jusqu'au fond de la cavité de l'utérus. »

Les femmes qui ont un utérus double sont aptes à la fécondation, un grand nombre d'exemples nous le prouvent; mais la cloison vaginale peut-elle permettre le coït? Kusmaul le croit possible dans la grande majorité des cas; il est vrai, sans doute, que le calibre du vagin est diminué de moitié, mais la grande dilatabilité de ce conduit remédie à ce vice de conformation. On ne connaît qu'un seul fait où le coït ait été impossible (Bœhmer)[1]; mais Kusmaul, qui le rapporte, suppose peu de puissance d'un côté et peu de bonne volonté de l'autre (Villemin, *loc. cit.*). Cependant quand il y a, comme dans l'observation n° 1,

1. *Observ. anat.* Tome II, p. 58.

une atrésie assez prononcée du vagin, il se peut que le rapprochement sexuel soit difficile. Il faut, de plus, remarquer que les filles publiques portant cette anomalie présentent quelquefois un vagin étroit et l'autre large, selon qu'elles ont donné la préférence plus souvent à l'un ou à l'autre.

§ 4. CONSÉQUENCES POUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Les auteurs anciens qui ont observé des cas d'utérus double, ne parlent ni des grossesses, ni des accouchements des femmes portant cette anomalie.

Il faut arriver à PURCELL de Dublin[1], qui le premier nous rapporte l'observation d'une femme qui, ayant des organes génitaux doubles, mourut en couches; encore cet auteur ne donne-t-il pas la cause certaine de la mort.

DIONIS cite la rupture d'un utérus bilobé.

Puis, ces faits deviennent plus nombreux, nous ne citerons que les plus remarquables.

CANESTRINI (*Historia de utero duplice*) a vu deux matrices réunies au col sur le cadavre d'une femme morte pendant l'accouchement; la moitié droite qui contenait le fœtus s'est rompue.

BAGARD (en 1752) cite un fait remarquable.

Une femme possédant une matrice bifide, dont les deux moitiés réunies au col étaient distantes de deux pouces à leur fond, a eu quatorze enfants, mais aucun n'était à terme, et toutes les couches ont été très-pénibles. En dernier lieu elle accoucha de deux jumeaux de six mois, n'ayant qu'un seul placenta, et chose surprenante, ajoute l'auteur, six semaines après elle avorta d'un fœtus qui pouvait avoir quarante jours.

LOUIS rapporte un cas de matrice bifide; la femme qui possédait cette anomalie a eu dix enfants, mais un seul est venu à terme.

---

1. *Transact. philosoph.* Vol. 64.

West, cité par Cassan (*loc. cit.*), relate la mort par péritonite d'une femme ayant un utérus double. Cette maladie fut due à une rupture de la cloison qui séparait la matrice en deux moitiés.

Olivier d'Angers (1825) raconte avoir trouvé sur le cadavre d'une accouchée, morte pendant le travail, le lobe droit de la matrice bilobée rompu. Cependant cette femme avait eu précédemment quatre couches heureuses.

Geiss (*Gazette médicale*) vit la mort arriver par hémorrhagie dans un cas de matrice double.

Dance mentionne un exemple de rupture d'utérus double à cinq mois.

Enfin, nous avons des cas où la bifidité de la matrice a donné lieu à la rétention du placenta.

M. Glaspool[1] fut obligé, dans deux cas de ce genre, d'aller avec la main à la recherche de cet organe.

On voit donc que des accidents en assez grand nombre et d'espèces différentes peuvent survenir pendant la grossesse et l'accouchement, chez les femmes qui portent une matrice double, même à un degré peu prononcé.

Ces accidents sont relatifs au fœtus ou à la mère :

1° Le fœtus arrive rarement à terme, les faits que nous venons de citer le prouvent. Est-ce, comme le pensent Littré et Scanzoni, parce que les fibres de la portion de l'utérus qui renferme le fœtus ne peuvent acquérir leur développement normal? Nous croyons que ce fait tient au nombre moins considérable des fibres, dans les cas d'utérus double, et à l'extensibilité moindre des parois qui n'offrent pas une structure homogène, la cloison qui sépare les deux corps de l'utérus ayant une composition différente des autres parties de l'organe.

MM. Power et Dubois admettent que la cause déterminant l'accouchement dans l'utérus est un mouvement reflexe déterminé par le ti-

---

1. *The London medical gazette.* 1833.

raillement des fibres de la partie inférieure du col; lesquelles fibres ne seraient tiraillées qu'au moment où celles qui constituent le fond de l'organe auraient atteint leur plus grand degré de distension, c'est-à-dire à l'époque où le fœtus est à terme.

Dans le cas qui nous occupe, le nombre des fibres du fond de l'utérus étant moitié moindre qu'à l'état normal, puisque le fœtus n'est renfermé que dans une moitié de matrice, on comprend qu'il faut qu'elles soient énormément distendues pour fournir une cavité égale à celle de l'utérus normal; de plus, la différence de structure de la cloison et des parois dans l'utérus double s'opposera au complet développement du fond et des parties latérales de cet organe, et par conséquent les fibres du col seront plutôt tiraillées et provoqueront plus promptement l'accouchement.

On peut faire deux objections à notre manière de voir :

1° En nous opposant les rares faits où l'accouchement d'un fœtus a lieu normalement; ce sont des exceptions heureuses, mais trop rares. Le fait de Chaussier où cet auteur raconte qu'une moitié de matrice a pu mettre au monde dix enfants à terme, n'appuie pas beaucoup cette objection, puisque la matrice dont il parle était unicorne et non pas double. D'ailleurs, MM. Stoltz et Rokitanski (*loc. cit.*) citent des exemples nombreux d'avortement dans le cas de matrice unicorne.

2° Une autre objection plus sérieuse serait celle où l'on nous dirait : Mais pourquoi donc le développement de l'utérus serait-il entravé quand une moitié de cet organe contient un fœtus, tandis que l'on voit chaque jour un utérus normal renfermer deux jumeaux? Il n'est pas besoin, pour réfuter cet argument, de citer l'ingénieuse théorie de Dance (*loc. cit.*), qui compare l'utérus gravide à une sphère. Les volumes de deux sphères, dit-il, sont entre eux comme les carrés de leurs rayons; or, la cavité de l'utérus, quand elle s'accroît en totalité, ne doit pas seulement être double, mais quadruple de celle qui résulterait du développement proportionnel d'une de ses moitiés.

Il suffit de se rappeler que les circonstances sont tout autres dans

l'un et dans l'autre cas : les fœtus, dans la grossesse gémellaire, sont ordinairement petits, grêles, rarement à terme, réagissant l'un sur l'autre, n'ayant qu'une nourriture insuffisante; l'utérus ne doit donc pas être relativement autant distendu qu'une de ses moitiés le serait si elle contenait un fœtus qui, étant seul, n'est pas gêné dans son développement par son frère, et reçoit sans partage tous les matériaux nécessaires à sa nutrition.

Du côté de l'utérus, nous avons vu que les parois de cet organe, dans l'état normal, se prêtent facilement, vu leur homogénéité, à une distension considérable, tandis que, dans l'utérus double, les parois se composent d'éléments divers, comme nous l'avons vu, et, par conséquent, sont moins disposés à subir une dilatation, fût-elle même légère.

Mais un accident plus redoutable que l'expulsion d'un fœtus avant terme est trop souvent la conséquence de l'anomalie que nous étudions : nous voulons parler de la rupture de l'utérus.

Outre les causes qui provoquent la déchirure de cet organe normal, la matrice double a encore à vaincre celles qui sont inhérentes à son vice de conformation et à la faiblesse de ses fibres.

Nous avons vu que le nombre des fibres d'une moitié de l'utérus est moins considérable que celui des fibres de cet organe entier. Dans le cas que nous étudions les parois utérines offriront donc une épaisseur moindre et les fibres seront plus espacées, et, par conséquent, la matrice aura plus de tendance à se rompre.

Cette déchirure aura lieu évidemment, ou bien dans la partie la moins résistante, ou bien dans celle où se portera plus spécialement l'effort.

La portion la moins résistante est, sans contredit, la cloison, car elle contient peu de fibres musculaires, et celles-ci n'ont pas cet agencement si propice à la solidité qu'offrent les autres parties de l'utérus.

C'est elle qui se déchire, en effet, dans le plus grand nombre des

cas et particulièrement dans presque tous ceux où les deux moitiés de l'utérus sont accolées dans toute leur étendue, comme dans l'observation citée plus haut de MM. Rokitanski et Spath.

Cette déchirure du septum peut aller jusqu'aux cols et réunir ces deux orifices en un seul; l'art est quelquefois obligé d'accomplir cette tâche, comme le conseille Scanzoni (*loc. cit.*) et comme l'ont pratiqué les accoucheurs de Vienne. Nous verrons plus loin l'utilité de cette opération et la manière de la faire.

Ordinairement, la rupture de la cloison suffit pour agrandir la matrice et prévenir d'autres déchirures de ses parois. Cette lésion de la cloison n'est pas mortelle; cependant dans le cas cité plus haut par Geiss, nous l'avons vue amener une péritonite funeste à l'accouchée.

Dans le cas où l'utérus est bifide, c'est-à-dire où les deux moitiés de l'utérus sont réunies au col seulement, toutes les parties de chacun des deux corps utérins ont la même résistance, sauf l'endroit où a lieu l'accolement. Mais ici il y a une autre cause de rupture : les deux corps de la matrice sont en latéroflexion et forment un angle plus ou moins grand avec leur col, qui est dans l'axe du détroit supérieur. Le fœtus, pour sortir de l'un de ces corps, viendra donc se heurter contre ce coude, qui ne peut que difficilement se redresser, puisque l'autre moitié de l'utérus, qui a également pris part au développement du côté gravide, occupe une partie assez considérable du petit bassin. Ce n'est donc qu'au prix de longues contractions et de violents efforts qui meurtrissent cette paroi de la matrice, que le produit de la conception pourra franchir ce défilé. Mais malheureusement souvent l'utérus cède au niveau de ce coude et le fœtus passe dans la cavité abdominale.

Les assez nombreux cas rapportés par les auteurs montrent, en effet, que la rupture a lieu ordinairement au niveau de jonction des corps aux cols, c'est-à-dire, au sommet de l'angle que forment les corps avec leurs cols. Plus donc cet angle sera aigu, plus la rupture sera imminente; nous voyons, en conséquence, que l'utérus biloculaire dont

les deux moitiés sont accolées a moins de chance de se déchirer que celui dont les corps sont distants l'un de l'autre, car plus il y aura d'intervalle entre eux, plus l'angle du col et du corps sera considérable, et par conséquent, plus l'accouchement aura d'obstacles à surmonter.

Il est donc important de pouvoir diagnostiquer le plus exactement possible si l'on a affaire à une matrice double, et dans ce cas, si les deux corps sont soudés dans toute leur longueur ou seulement près du col, et quel angle ils forment entre eux.

Diagnostic.

La percussion et la palpation pourront offrir des données utiles pour reconnaître si l'utérus est bilobé; cet examen sera rendu plus facile par le développement que prend la moitié vide de cet organe.

Si donc on trouve dans la partie inférieure de l'abdomen deux tumeurs, l'une grosse, où l'on reconnaît, par les moyens mis en usage en pareil cas, l'existence d'un fœtus, l'autre plus petite, à la partie inférieure et latérale de la première et ayant participé à son développement, et si surtout on constate par le toucher une cloison dans le vagin ou bien deux cols, le doute n'est plus possible, on est en présence d'une matrice double.

Dans le plus grand nombre des cas, le mode de développement et la consistance de cette dernière pourront la faire distinguer des tumeurs que l'on rencontre souvent dans cette région. Le degré d'écartement des deux matrices, constaté par la percussion et la palpation, permettra jusqu'à un certain point de présumer les dangers que présentera l'accouchement. Quand les deux tumeurs sont soudées, on pourra confondre la petite avec une portion du fœtus faisant saillie au travers des parois utérines, mais la mobilité de la partie, les signes stéthoscopiques feront rejeter cette hypothèse. Mais encore une fois, tous les doutes

seront levés quand on aura constaté le signe pathognomonique, l'existence d'une cloison vaginale ou deux cols.

Chiari a diagnostiqué, au moyen de cette cloison, l'existence d'une matrice double[1]. «Nous avons reconnu, dit cet auteur, cette anomalie de l'utérus chez une femme enceinte, à cause d'un septum qui s'avançait jusqu'à l'entrée du vagin, nous n'avons pu arriver au col que du côté droit avec l'aide de la sonde et du spéculum. L'accouchement eut lieu naturellement après la rupture de la cloison à sa partie inférieure.»

On peut encore confondre, comme le dit M. Cassan (*loc. cit.*), le côté de la matrice double contenant le fœtus, avec une grossesse extra-utérine et plus particulièrement avec une grossesse tubaire ou interstitielle; mais les battements des artères et du cœur du fœtus s'entendent mieux dans ce cas. Les mouvements de l'enfant sont aussi plus faciles à saisir, et surtout ils seront douloureux pour la mère dans la grossesse extra-utérine. Cependant aucun de ces signes n'offre une certitude entière, et, si l'examen par le toucher vaginal ne fait pas reconnaître de cloison, il ne restera plus que l'état du col et l'emploi de la sonde utérine maniée avec prudence, qui puissent éclairer le diagnostic.

Mais il est des cas, nous l'admettons avec M. Jacquemier, où la grossesse et l'accouchement ont pu se passer une première fois normalement, malgré cette anomalie. Il n'est pas à dire pour cela que le danger soit conjuré pour les couches suivantes: au contraire, s'il est vrai que les grossesses multipliées soient pour l'utérus normal une cause prédisposante de rupture de ses parois, cette influence devra se faire sentir dans le cas qui nous occupe d'une manière bien plus marquée, puisqu'il a fallu au tissu de l'utérus toute sa force primitive pour résister sans se rompre, lors d'un premier travail qui a altéré sa solidité. Nous pouvons citer à l'appui de notre manière de voir l'observation publiée par Olivier d'Angers : la femme a eu cinq accouchements; le premier,

1. *Clinik der Geburtshilfe und Gynœkologie*, von Chiari, Carl Braun und Spæth. Erlangen, 1852.

très-laborieux et accompagné de convulsions, fut terminé par le forceps, le troisième fut seulement long et difficile, et au cinquième la femme succomba par rupture du lobe qui avait contenu le fœtus.

Nous ne parlerons que pour mémoire de deux faits curieux qui se rapportent à l'accouchement dans le cas de la matrice double. Deux médecins assistaient une femme en travail possédant deux vagins et deux matrices; l'un, touchant le côté où se trouvait le fœtus, reconnut le col dilaté et annonça la sortie de la tête; l'autre, ayant touché le côté vide, prétendit que le travail n'était pas commencé; nous devons ce fait à TIDEMANN.

Dans le cas dont nous avons déjà parlé, observé par WEST, le même dissentiment partagea les deux sages-femmes qui se trouvaient près de la parturiente.

Quand un seul côté de l'utérus est développé et que l'autre est atrophié, c'est-à-dire dans le cas d'utérus unicorne, l'accouchement peut se faire normalement, comme le prétend ROKITANSKI et comme semble le prouver l'observation de CHAUSSIER, dont nous avons parlé. HOME[1], d'après MÉCHEL, qui avait vu plusieurs exemples de grossesse dans des matrices unicornes se terminer par la mort, croit, au contraire, cet état très-grave.

Nous pensons que les accouchements heureux observés tiennent à ce que le fœtus s'est développé dans la corne complète, tandis que les cas funestes peuvent provenir de la présence du fœtus dans la corne incomplète; M. le professeur STOLTZ (*loc. cit.*) dit que l'œuf fécondé ne peut jamais arriver à maturité dans la corne incomplète, parce que, ajoute-t-il, la poche dans laquelle il est renfermé n'a pas les éléments d'un accroissement suffisant; aussi se rompt-elle du troisième au cinquième mois. Cet accoucheur fait remarquer que, jusqu'à ce jour, la grossesse du côté incomplet a été considérée comme grossesse tubaire.

Si l'utérus a résisté sans se rompre, ou si la cloison seule s'est dé-

---

1. HOME, *Philosoph. transact.* 1818.

chirée, la femme n'est pas encore hors de danger : le fœtus a à traverser encore un col et un vagin rétrécis; dans certains cas, il est à cheval en quelque sorte sur cette cloison, et il ne peut plus avancer. Alors se déclarent des accidents éclamptiques, surviennent des hémorrhagies qui peuvent enlever en peu de temps la parturiente, si le médecin ne vient pas, en détruisant l'obstacle qui retient l'enfant, terminer promptement l'accouchement.

M. le docteur Lesaing, de Blamont, a, le premier, pratiqué une opération de ce genre. Nous allons rapidement rapporter l'observation qu'il a laissée[1], car elle est pleine d'intérêt et indique un procédé opératoire qui peut être utile dans certains cas.

Troisième Observation.

Le docteur Lesaing, de Blamont, fut appelé, le 25 août 1843, près d'une femme en travail depuis deux jours; il la trouva très-affaiblie et très-souffrante. Elle avait été réglée à 15 ans, et la menstruation avait eu lieu toutes les trois semaines régulièrement; sa grossesse n'avait présenté rien d'extraordinaire, sauf quelques vomissements auxquels on avait remédié par la saignée. Le travail n'avançait pas, les eaux s'étaient écoulées en petite quantité présentant une couleur jaunâtre. Ayant introduit le doigt dans le vagin dilaté, M. Lesaing constata qu'il se terminait en haut par un cul-de-sac, où il ne découvrit aucun vestige de col utérin, il examina vainement cette cavité avec un spéculum de cristal le plus soigneusement possible. Explorant de nouveau les parties externes avec son doigt, ce médecin finit par l'engager dans une petite ouverture située entre la grande et la petite lèvre gauche. Cet orifice se continuait avec un canal rétréci à son entrée qui se dilatait un peu plus haut et qui venait embrasser deux cols utérins. A côté de ces organes se trouvait une ouverture très-petite qui communiquait avec la première cavité explorée, qui n'était autre que le vagin droit.

1. *Gazette.* Strasbourg. 1844.

M. Lesaing résolut de diviser cette cloison qui s'opposait à la sortie du fœtus. Il fit donner un bain préparatoire; puis, passant par le vagin gauche son doigt autour duquel il avait entortillé un fil ciré, il le fit passer par l'ouverture qui réunissait les deux vagins et retira le fil par le côté droit; les deux extrémités du fil furent nouées de façon à étreindre fortement la cloison; un autre fil fut passé et serré de la même manière, puis il divisa la cloison entre ces deux ligatures avec de forts ciseaux. Une heure après, l'accouchement n'avançant pas, il appliqua le forceps et retira une petite fille qui, au bout de quelque temps, donna signe de vie. Les suites de couches furent un peu inquiétantes au début, mais les accidents se calmèrent bientôt, et la mère et l'enfant se rétablirent complétement.

M. Lesaing, ayant examiné la matrice vingt jours après l'accouchement, trouva les orifices des deux cols très-rapprochés l'un de l'autre, le col droit étant plus petit que le gauche et situé plus en arrière; ils avaient été déchirés pendant l'accouchement.

Ce médecin ajoute, dans une note, qu'il croit la matrice simple, sans cloison; ce serait le seul cas où l'on aurait deux cols pour une seule cavité utérine.

On voit que le procédé mis en usage par M. Lesaing est ingénieux et facile; nous le recommandons pour tous les cas où la cloison sera peu étendue, mais pour peu que celle-ci ait une certaine longueur, qu'elle se continue du col dans le vagin tout entier, par exemple, un fil à ligature jeté autour d'elle va forcer le vagin entraîné par le plissement du septum à se plisser lui aussi et rétrécira d'une façon notable le calibre de ce canal.

M. Scanzoni propose le procédé suivant : « Quand la cloison charnue, dit-il, se prolonge jusqu'au col utérin et empêche la dilatation de cette partie et le passage de l'enfant, on peut et on doit opérer pour prévenir la rupture de la matrice. L'opération consiste à diviser cette cloison, soit avec le bistouri boutonné et introduit sur le doigt, soit avec des ciseaux à longues branches. »

Le procédé de M. Scanzoni est rapide, mais il peut exposer à l'hémorrhagie qui, nous le croyons, sera rarement grave, vu le petit nombre des vaisseaux de la cloison.

L'accouchement terminé, la femme qui porte une matrice double n'est pas encore hors de danger : l'anomalie qu'elle possède la prédispose aux hémorrhagies utérines et à la rétention du placenta; nous avons déjà cité, page 17, des exemples de ces accidents; il nous serait facile de les multiplier.

Selon nous, ils tiennent tous deux à la même cause, à la contraction inégale des lobes de l'utérus.

Vu :
Strasbourg, le 12 août 1866.
Le Président de la Thèse.
MICHEL.

Permis d'imprimer :
Strasbourg, le 13 août 1866.
Le Recteur,
A. CHÉRUEL.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT,

En vertu de l'arrêté du Conseil de l'instruction publique du 22 septembre 1842.

1° *Anatomie normale* . . . . . De l'appareil vasculaire appartenant aux organes logés dans la cavité orbitaire.

2° *Anatomie pathologique* . . . . Des différents états de la tunique vaginale du testicule dans l'hydrocèle.

3° *Physiologie* . . . . . Des fonctions de la rate.

4° *Physique médicale-hygiène* . . Appareils employés pour mesurer la taille. Questions de médecine légale, de physiologie et d'hygiène, à la solution desquelles on a fait servir la mensuration des tailles.

5° *Médecine légale* . . . . . Faire connaître les causes, les symptômes et les différentes formes de la manie.

6° *Accouchements* . . . . . Quelle différence y a-t-il entre avortement provoqué et provocation de l'accouchement prématuré?

7° *Histoire naturelle médicale* . Du champignon, du muguet, oïdium albicans.

8° *Chimie médicale et toxicologie.* Air atmosphérique : principes essentiels; principes accidentels; méthodes d'analyse.

9° *Pathologie et clinique externes.* Du diagnostic des fistules urinaires.

10° *Pathologie et clinique internes.* Du traitement des convulsions.

11° *Médecine opératoire.* . . . . . Des résections en général.

12° *Matière médicale et pharmacie.* Indiquer les préparations et les usages des savons médicamenteux.

Fig. 1.

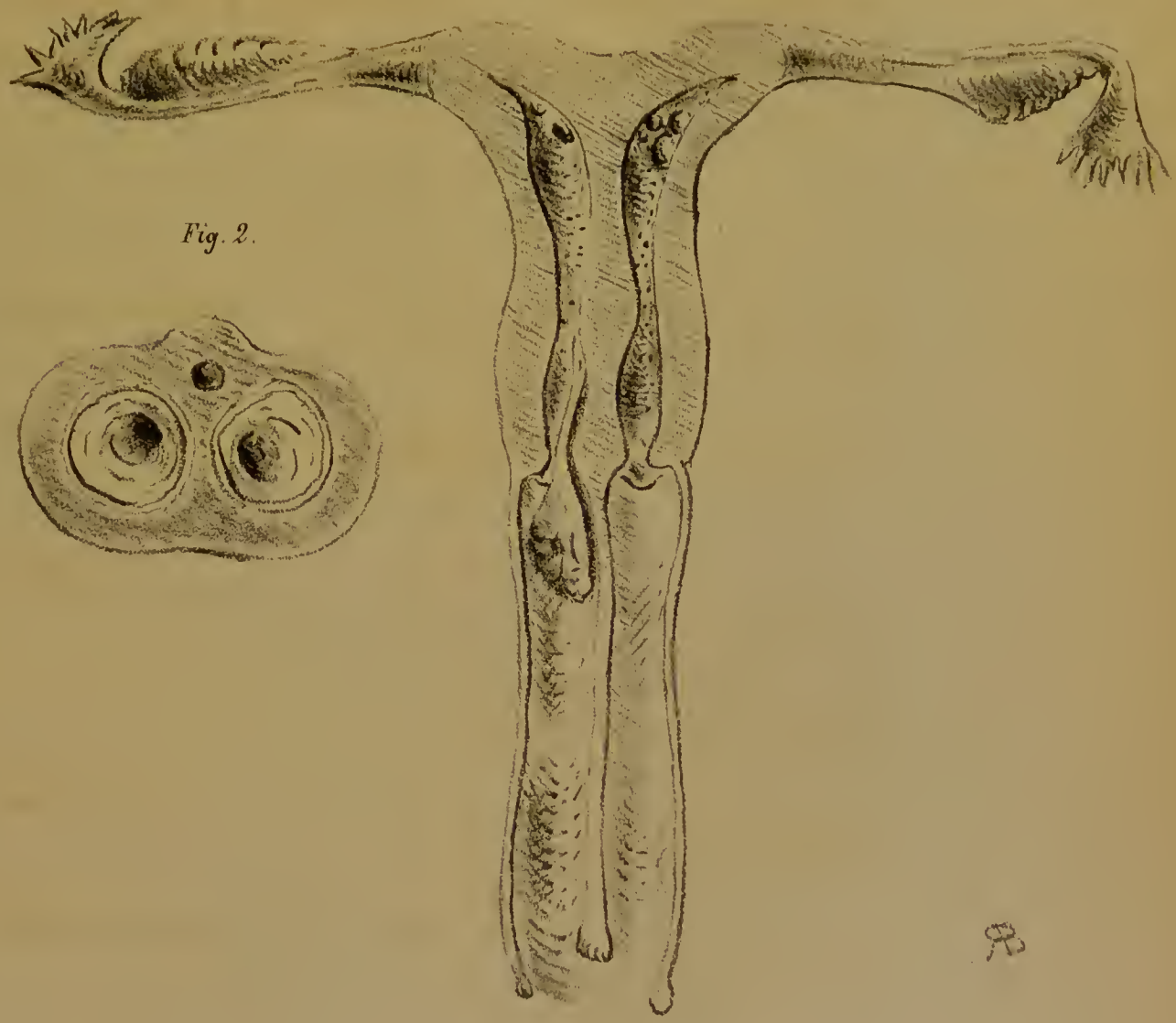

Fig. 2.

Lith. d' Vve Pierre Lorrain & Fils Strasbg.